

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M.B
DENGAN PARAPARESE DI RUANG KOMODO
RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG”



SYARIFUDIN ZUHRI
NIM: PO.5303201181238

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M.B
DENGAN PARAPARESE DI RUANG KOMODO
RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG”

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



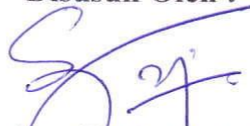
SYARIFUDIN ZUHRI
NIM: PO.5303201181238

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN Tn. M.B DENGAN PARAPARESE DI RUANG KOMODO RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh :



Syarifudin Zuhri
NIM : PO.5303201181238

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji

Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada

Tanggal 26 Juli 2019

Pembimbing



Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.Ns.,M.Kes
NIP. 197710192001122001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN Tn. M.B
DENGAN PARAPARESE DI RUANG KOMODO
RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

Disusun Oleh :



Syarifudin Zuhri

NIM : PO.5303201181238

Telah Diuji Pada Tanggal, 26 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Dr. Sabina Gero, S.Kp.,MSc
NIP. 195608291985022001

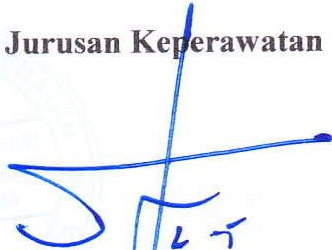
Penguji II



Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.Ns.,M.Kes
NIP. 197710192001122001

Mengesahkan

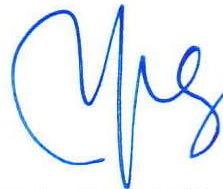
Ketua Jurusan Keperawatan



Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Syarifudin Zuhri

NIM : PO.5303201181238

Program Studi : D-III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 26 Juli 2019



Pembuat Pernyataan

Syarifudin/Zuhri

NIM : PO.5303201181238

Mengetahui

Pembimbing

Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.Ns.,M.Kes

NIP. 197710192001122001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Syarifudin Zuhri

Tempat tanggal lahir : Pekalongan, 29 Maret 1978

Jenis kelamin : Laki-Laki

Alamat : Namosain Kupang

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Negeri Sidomulyo, tahun 1990
2. Tamat SMP Negeri Lebakbarang, tahun 1993
3. Tamat SMA Negeri 1 Doro, tahun 1996
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“Saya datang, saya bimbingan, saya ujian, saya revisi dan saya menang”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M.D DENGAN PARAPARESE DI RUANG KOMODO RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG”**

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami bimbingan dari berbagai pihak. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu R.H. Kristina, SKM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Bapak Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.

4. Ibu Dr. Sabina Gero, S.Kp.,MSc selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Falentina S. Amina, S.Kep.,Ns selaku Pembimbing Klinik/ CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
6. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Seluruh Staf terkhusus bagian Tata Usaha RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
8. Orang tua tercinta Tn. Sukadis (Alm) dan Mama Tjasmui, yang telah membesarkan dan mendidik saya serta memberikan dukungan baik.
9. Sahabat saya pak Suparto, ibu Susan dan ade Angga selalu memberikan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini selanjutnya.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar Penyakit paraparese	5
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	8
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	14
3.1 Hasil Studi Kasus	14
3.2 Pembahasan	32
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	39

BAB 4 PENUTUP	40
4.1 Kesimpulan	40
4.2 Saran	41
DAFTAR PUSTAKA	x
LAMPIRAN	

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan pada Tn. M.B yang menderita paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Oleh Syarifudin Zuhri, PO. 5303201181238. Pembimbing: Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.,Ns.,M.Kes* Dr. Sabina Gero, S.Kp.,MSc**

Paraparese merupakan hilangnya fungsi motorik kedua tungkai. Pada saat ini, istilah paraparese umumnya dipakai untuk semua keadaan kelemahan kedua tungkai, baik yang parsial maupun komplit.

Penyebab dari paraparese kebanyakan karena kompresi yang hebat sehingga dapat menghancurkan korpus vertebra yang menyebabkan kegagalan pada kolumna vertebralis anterior dan pertengahan dalam mempertahankan posisinya. Bagian posterior korpus vertebra hancur sehingga fragmen tulang dan diskus dapat bergeser ke kanalis spinalis. Jika vertebra berkurang lebih dari 50%, gaya mekanik pada bagian depan korpus vertebra akan menyebabkan terjadinya kolaps yang akhirnya dapat mengganggu fungsi neurologik.

Tujuan dari studi kasus ini adalah mampu menerapkan Asuhan Keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Hasil studi kasus ditemukan dua diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, dan hambatan mobilitas fisik.

Kesimpulan: setelah diberikan Asuhan Keperawatan, dua masalah keperawatan tersebut belum teratasi proses penyakit yang harus didukung dengan kolaborasi dari dokter untuk penggunaan obat secara farmakologi untuk bisa mendapat hasil yang lebih akurat dan dalam proses pengobatan pada neurologi harus membutuhkan waktu pengobatan dan latihan yang cukup lama.

Saran yang diberikan kepada pasien Tn. M.B yaitu terus mempertahankan perilaku yang baik untuk mencegah terjadinya komplikasi paraparese seperti meningkatkan intake nutrisi yang adekuat, melakukan latihan fisioterapi dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin dan mengkonsumsi obat yang diberikan dokter secara teratur.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Paraparese, Tn. M.B

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Paraparese merupakan hilangnya fungsi motorik kedua tungkai. Pada saat ini, istilah paraparese umumnya dipakai untuk semua keadaan kelemahan kedua tungkai, baik yang parsial maupun komplit (Satyanegara, 1998).

Penyebab dari paraparese kebanyakan karena kompresi yang hebat sehingga dapat menghancurkan korpus vertebra yang menyebabkan kegagalan pada kolum vertebralis anterior dan pertengahan dalam mempertahankan posisinya. Bagian posterior korpus vertebra hancur sehingga fragmen tulang dan diskus dapat bergeser ke kanalis spinalis. Jika vertebra berkurang lebih dari 50%, gaya mekanik pada bagian depan korpus vertebra akan menyebabkan terjadinya kolaps yang akhirnya dapat mengganggu fungsi neurologik (Apley, 1995).

Kondisi tersebut di atas dapat membawa konsekuensi langsung maupun tidak langsung terhadap penderitanya. Konsekuensi langsung seperti gangguan dalam mobilitas (duduk, berdiri, berjalan dan lari), sedangkan yang tidak langsung dapat berupa gangguan terhadap pribadinya yaitu bagaimana penderita mempersepsi kecacatannya yang dapat menimbulkan reaksi kecewa, rendah diri dan merasa terisolir.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sekitar 25 juta orang di seluruh dunia menderita cedera saraf tulang belakang, yang dikenal menyebabkan kelumpuhan dan kesulitan menggunakan kaki dan tangan (Furlan dan Fehlings 2009).

Di Indonesia sendiri, berdasarkan hasil riset kesehatan tahun 2018 diketahui bahwa adanya peningkatan prevalensi cedera di Indonesia, yaitu dari rata-rata 8.2% menjadi 9.2% (Riskesdas, 2018).

Di Provinsi Nusa Tenggara Timur berdasarkan hasil riset kesehatan tahun 2018 diketahui bahwa prevalensi cedera di NTT, yaitu rata-rata 10.1% (Riskesdas, 2018).

Asuhan Keperawatan merupakan salah satu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan kepada individu, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan tersebut dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan dan evaluasi tindakan keperawatan (Teli, 2018).

Peran perawat dalam penatalaksanaan paraparese meliputi pemberian pendidikan kesehatan tentang paraparese dan pemberian Asuhan Keperawatan komperhensif pada pasien yang mempunyai masalah paraparese. Dalam hal ini perawat dapat melakukan pengkajian (pengumpulan data, identitas, riwayat kesehatan, dan pemeriksaan kesehatan yang lengkap). Selanjutnya perawat dapat menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian, merencanakan tindakan dan melakukan tindakan sesuai dengan masalah yang nampak pada pasien dan mengevaluasi seluruh tindakan yang telah dilakukan.

Berdasarkan latar belakang yang ada penulis merasa penting untuk mengetahui secara lebih mendalam tentang “Asuhan Keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan Asuhan Keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan proses pengkajian Asuhan Keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Menetapkan diagnosa Asuhan Keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Menyusun intervensi Asuhan Keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat Teori

Untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan paraparese RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.3.2 Manfaat Praktis

Sebagai masukan bagi institusi rumah sakit agar meningkatkan peran perawat dalam melakukan perawatan yaitu dengan kegiatan promosi kesehatan dalam rangka pencegahan penyakit dan peningkatan pelayanan kesehatan pada pasien dengan paraparese RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Paraparese

2.2.1 Defenisi

Paraparese merupakan hilangnya fungsi motorik kedua tungkai. Pada saat ini, istilah paraparese umumnya dipakai untuk semua keadaan kelemahan kedua tungkai, baik yang parsial maupun komplit (Kowalak, 2016).

2.2.2 Etiologi

Etiologi dari paraparese diantaranya adalah genetik, infeksi dan virus dan faktor lingkungan. Selain itu Paraparese juga dapat disebabkan oleh tumor yang menekan medulla spinalis, baik primer maupun skunder. Juga dapat disebabkan oleh kelainan vascular pada pembuluh darah medulla spinalis, yang bisa berujung pada stroke medulla spinalis (Iskandar, 2006).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Paraparese dapat terjadi tiba-tiba maupun secara bertahap. Kelumpuhan tersebut juga dapat terjadi hilang timbul tergantung penyebabnya. Kelumpuhan yang terjadi tidak hanya di kedua tungkai, namun juga terjadi pada otot di daerah panggul termasuk organ di dalamnya. Sehingga, penderita paraparese juga dapat mengalami hilangnya kontrol terhadap buang air besar dan buang air kecil. Aktivitas seksual dan kesuburan juga dapat terganggu. Selain kelumpuhan, kedua tungkai dapat mati rasa

atau malah menjadi kesemutan dan nyeri. Beberapa penyebab dari paraparese dapat mengakibatkan kelumpuhan yang perlahan-lahan naik ke tubuh bagian atas (Bromley, 2006).

2.2.4 Patofisiologi

Lesi yang mendesak medulla spinalis sehingga merusak daerah saraf kortikospinalis lateral dapat menimbulkan kelumpuhan UMN (*Upper Motor Neuron*) pada toto-otot bagian tubuh yang terletak dibawah tingkat lesi. Lesi transversal medulla spinalis pada tingkat servikal, Beberapa saraf di leher termasuk saraf oksipital besar dan kecil, saraf supraklavikularis dan nervus frenikus. Pengelompokan saraf dalam tulang belakang leher diberi nama setelah mencocokkan cakram serviks. Cakram atau (disk) ini diwakili oleh huruf “C” dan angka sesuai dengan lokasi cakram antara vertebra lainnya yang membentuk tulang belakang leher, dimulai dengan C1 di bagian atas dan bekerja turun ke C8. Saraf di leher mengontrol berbagai fungsi tubuh manusia misalnya saraf C5 dapat mengakibatkan kelumpuhan UMN (*Upper Motor Neuron*) pada otot-otot, kedua lengan yang berasal dari miotoma saraf C6 sampai miotoma saraf C8, lalu otot-otot toraks dan abdomen serta seluruh otot-otot kedua ekstremitas.

Akibat terputusnya lintasan somatosensory dan lintas autonom neuro vegetatif asendens dan descendens, maka dari tingkat lesi kebawah, penderita tidak dapat melakukan buang air besar dan kecil, serta tidak memperlihatkan reaksi neuro vegetative.

Lesi transversal yang memotong medulla spinalis pada tingkat thorakal atau tingkat lumbal atas mengakibatkan kelumpuhan yang pada dasarnya serupa dengan lesi yang terjadi pada daerah servikal yaitu pada tingkat lesi terjadi gangguan motorik berupa kelumpuhan LMN (*Lower Motor Neuron*) pada otot-otot yang merupakan sebagian kecil dari otot-otot toraks dan abdomen, namun kelumpuhan yang terjadi tidak begitu jelas terlihat dikarenakan peranan dari otot-otot tersebut kurang menonjol, hal ini dikarenakan lesi dapat mengenai kornu anterior medulla spinalis. Dan dibawah tingkat lesi dapat terjadi gangguan motorik berupa kelumpuhan UMN (*Upper Motor Neuron*) karena saraf kortikospinal lateral segmen thorakal terputus (Bromley, 2006).

2.2.5 Komplikasi

Komplikasi dapat meliputi (Kowalak, 2016):

1. Ulkus dekubitus, yaitu luka yang terjadi pada kulit yang terus tertekan akibat tidak dapat menggerakkan bagian tersebut.
2. Penggumpalan darah pada pembuluh darah tungkai (*deep vein thrombosis*).
3. Pneumonia atau infeksi paru-paru.
4. Depresi.
5. Kelumpuhan pada otot pernapasan.

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyakit paraparese antara lain (Bromley, 2006).

1. MRI (*Magnetic resonance imaging*): menunjukkan daerah yang mengalami fraktur, infark, haemoragik.
2. CT scan: untuk melihat adanya edema, hematoma, iskemi dan infark.
3. Rontgen: menunjukan daerah yang mengalami fraktur, dan kelainan tulang.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Data dasar pengkajian (Bromley, 2006).

1) Aktivitas/istirahat

Tanda: kelumpuhan otot (terjadi kelemahan selama syok spinal) pada/dibawah lesi. Kelemahan umum/kelemahan otot (trauma dan adanya kompresi saraf).

2) Sirkulasi

Gejala: berdebar-debar, pusing saat melakukan perubahan posisi atau bergerak.

Tanda: hipotensi, hipotensi postural, bradikardi, ekstremitas dingin dan pucat, hilangnya keringat pada daerah yang terkena.

3) Eliminasi

Gejala: inkontinensia defekasi dan berkemih.

Tanda: retensi urine, distensi abdomen, peristaltik usus hilang, melena, emesis berwarna seperti koping tanah/hematemesis.

4) Integritas ego

Gejala: menyangkal, tidak percaya, sedih, marah.

Tanda: takut, cemas, gelisah, menarik diri,

5) Makanan/cairan

Tanda: mengalami distensi abdomen, peristaltik usus hilang (ileus paralitik)

6) Higiene

Tanda: sangat ketergantungan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

7) Neurosensori

Gejala: kebas, kesemutan, rasa terbakar pada lengan/kaki. Paralisis flasid/spastisitas dapat terjadi saat syok spinal teratasi, tergantung pada area spinal yang sakit.

Tanda: Kelemahan, kelumpuhan (kejang dapat berkembang saat terjadi perubahan pada saat syok spinal. Kehilangan sensai (derajat bervariasi dapat kembali normal setelah syok spinal sembuh). Kehilangan tonus otot/vasomotor. Kehilangan reflek/reflek asimetris termasuk tendon dalam. Perubahan reaksi pupil, ptosis, hilangnya keringat dari bagian tubuh yang terkena karena pengaruh trauma spinal.

8) Nyeri/kenyamanan.

Gejala: nyeri/nyeri tekan otot, hiperestesia tepat diatas daerah trauma.

Tanda: mengalami deformitas, postur, nyeri tekan vertebral.

9) Pernafasan

Gejala: Napas pendek, “lapar udara”, sulit bernafas.

Tanda: Pernafasan dangkal, periode apnea, penurunan bunyi nafas, ronchi, pucat, sianosis.

10) Keamanan

Gejala: suhu yang berfluktuasi (suhu tubuh ini diambil dalam suhu kamar).

11) Seksualitas

Gejala: keinginan untuk kembali seperti fungsi normal.

Tanda: ereksi tidak terkendali (priapisme), menstruasi tidak teratur.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Untuk perumusan masalah keperawatan berpedoman pada buku *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NOC dan NIC* (Nurarif, 2015). Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan paraparese yaitu:

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuron fungsi motorik dan sensori.
2. Resiko terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan imobilitas, penurunan sensori.
3. Retensi urine berhubungan dengan ketidakmampuan untuk berkemih secara spontan, terputusnya saraf spinothalamikus.
4. Konstipasi berhubungan dengan adanya atoni usus sebagai akibat gangguan autonomik, terputusnya saraf spinothalamikus.
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan penyakit dan pengobatan.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Penyusunan intervensi keperawatan berpedoman pada buku *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NOC dan NIC* (Nurarif, 2015). Intervensi keperawatan yang dapat disusun pada pasien dengan paraparese yaitu:

Tabel. 1.1 Tabel intervensi keperawatan individu dengan Paraparese

No	Diagnosa Keperawatan	NOC		NIC	
		Kode	Hasil	Kode	Intervensi
1	Hambatan mobilitas fisik	0200 0201 0280	1. Ambulasi 2. Ambulasi: kursi roda 3. Pergerakan	0140 0221	1. Peningkatan mekanikan tubuh 2. Terapi latihan: ambulasi
2.	Resiko terhadap kerusakan integritas kulit	1101	1. Integritas jaringan: kulit dan membrane mukosa	3500 2690 3590	1. Manajemen tekan 2. Pencegahan Luka tekan 3. Pengecekan kulit
3.	Nyeri akut	1606 2102	1. Kontrol nyeri 2. Tingkat nyeri	2210 1400 2400	1. Pemberian analgetik 2. Manajemen nyeri 3. Bantuan pasien untuk mengontrol

				2260	pemberian analgesic 4. Manajemen sedasi
4.	Retensi urin	0503	1. Eliminasi urin	0580	1. Kateterisasi Urin
5.	Konstipasi	0503 1615	1. Eliminasi usus 2. Perawatan ostomy sendiri	0430 0450	1. Manajemen saluran cerna 2. Manajemen Konstipasi/Impaksi
6.	Defisit Pengetahuan	1844 1803 1823	1. Pengetahuan: manajemen penyakit akut 2. Pengetahuan: proses penyakit 3. Pengetahuan promosi kesehatan	5602	1. Pengajaran proses penyakit

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan dengan mengacu pada rencana tindakan/intervensi keperawatan yang telah ditetapkan/dibuat.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai apakah masalah keperawatan telah teratasi, tidak teratasi atau teratasi sebagian dengan mengacu pada kriteria hasil yang di targetkan pada intervensi keperawatan.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Metode pengkajian yang digunakan adalah metode *allo- anamnesa* dan *auto-anamnesa*.

3.1.2.1 Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada keluarga dan pasien sendiri, jenis kelamin laki-laki tanggal lahir 07 November 1950 alamat di Baun beragama Kristen Protestan, pasien masuk RS pada tanggal 11 Juli 2019 pukul 23.00 WITA, pasien masuk dengan keluhan nyeri punggung belakang menjalar sampai ke bagian kaki.

3.1.2.2 Keluhan Utama

Saat di kaji pasien mengatakan nyeri dibagian punggung belakang menjalar sampai ke bagian kaki dan kaki sulit untuk digerakan.

3.1.2.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan awalnya pasien nyeri dibagian punggung belakang menjalar sampai ke bagian kaki dan kaki mulai sulit untuk digerakan sejak 1 minggu yang lalu, pada tanggal 11 Juli 2019 pukul 23.00 WITA Tn. M.B dibawa ke rumah sakit karena sudah tidak bisa menahan sakit. Saat di IGD pasien diberikan cairan intravena RL 500 ml/8 jam. Pada Pukul 05.00 WITA pasien dipindahkan ke ruang perawatan rawat inap Komodo. Keadaan umum saat ini pasien mengalami sakit berat, tingkat kesadaran pasien secara kualitatif adalah

compos mentis dengan GCS E₄, V₅, M₆, tanda vital didapatkan tensi 130/60 mmHg, suhu 37⁰C, nadi 70x/menit , pernapasan 20x/menit, pasien terpasang infus RL500 cc/ 8 jam dengan no. abocath 20 pada bagian metacarpal dekstra.

3.1.2.4 Riwayat penyakit sebelumnya

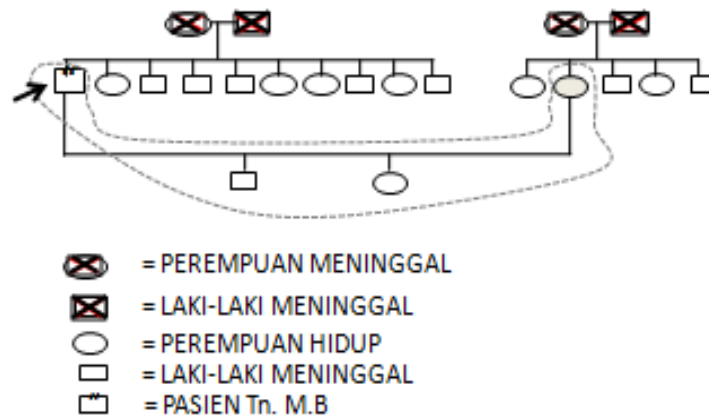
Tn. M.B. pernah jatuh dari motor 1 tahun yang lalu dan mengalami patah tulang dibagian pergelangan tangan kiri. Tn. M.B. mengatasi masalah tersebut dengan membawa ke tukang urut dan hasilnya patah tulang tersebut sembuh. Tn. M.B tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan, minuman dan obat-obatan, dan tidak mempunyai riwayat operasi sebelumnya.

3.1.2.5 Kebiasaan

Tn. M.B mempunyai kebiasaan merokok 5 batang dalam sehari, minum minuman beralkohol sesekali. Tn. M.B memiliki kebiasaan minum kopi sudah dari umur 24 tahun dengan frekuensi minum 200 ml pagi dan sore, Tn. M.B tidak mengkonsumsi obat.

3.1.2.6 Riwayat keluarga/genogram

Tn. M.B tinggal bersama istri dan kedua anaknya, orang tua Tn. M.B sudah meninggal dunia karna sakit faktor usia. Istri dari Tn. M.B juga sudah meninggal karna sakit faktor usia.



3.1.2.7 Pemeriksaan fisik

1. Tanda-tanda vital

Pemeriksaan TTV yang dilakukan saat pengkajian didapatkan tensi 130/60 mmHg, suhu 37°C, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit.

2. Kepala dan leher

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan bentuk kepala bulat, tidak ada lesi, rambut warna putih abu-abu, mata simetris tidak ada lesi konjungtiva merah muda sklera berwarna putih, tidak menggunakan kaca mata dan tidak ada tanda-tanda peradangan, telinga simetris, tidak ada nyeri tekan dan peradangan, hidung tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada polip, tenggorokan dan mulut, gigi lengkap gusi warna merah muda, lidah bersih dan tidak ada peradangan pada tenggorokan, leher tidak ada lesi, dan masa, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe pada leher, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.

3. Sistem kardiovaskuler

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan tidak ada nyeri dada, kesadaran : Composmentis, GCS: 15, tidak ada tanda-tanda sianosis, CRT <2 detik, tidak ada edema dibagian tangan dan kaki, nadi apical teraba, vena jugularis teraba, perkusi tidak ada pembesaran jantung. Saat diauskultasi BJ I dan BJ II normal, tidak ada suara jantung tambahan.

4. Sistem respirasi

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan pasien tidak mempunyai keluhan, pasien bernapas spontan, bentuk dada simetris, tidak ada masa dan lesi, payudara simetris, irama napas teratur, tidak ada penggunaan otot bantu napas, perkusi tidak ada bunyi pekak, seluruh lapang paru bunyi resonan, auskultasi suara paru-paru kanan dan kiri vesikuler.

5. Sistem pencernaan

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan, tugor kulit elastis, keadaan bibir kering, tidak ada tanda-tanda peradangan di mulut, keadaan abdomen, tidak ada tanda pembesaran dan tidak ada lesi. saat diauskultasi bising usus 22x/menit saat diperkusi suara abdomen bunyi timpani, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan.

6. Sistem persyarafan

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan keluhan kram pada kaki dan menjalar dari punggung kesadaran CM, GCS 15, pupil isokor.

Adanya kelumpuhan pada kaki kiri dan kanan, adanya ketidakstabilan koordinasi gerak. Tidak ada reflexes patella dan achilles.

7. Sistem musculoskeletal

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan bagian persendian terasa kesemutan dan keram-keram. Kekuatan otot ekstremitas atas 5 ekstremitas bawah 1, ada nyeri otot dan refleksi sendi tidak dapat digerakan.

8. Sistem integument

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan tidak ada keluhan, keadaan kulit baik utuh, turgor elastis tidak ada lesih dan oedem, kulit terlihat baik dan berwarna sawo matang dan tidak ada petechie.

9. Sistem perkemihan

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan tidak ada keluhan, menggunakan alat bantu kateter dengan ukuran no. 18 isi balon 12 cc dipasang pada tanggal 11 Juli 2019, kandung kemih tidak ada tanda-tanda pembesaran dan tidak ada nyeri tekan.

10. Sistem endokrin

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan tidak ada tanda-tanda pembesaran dan nyeri tekan pada kelenjar limfe.

11. Sistem reproduksi

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan pasien sudah menikah dan mempunyai dua orang anak, satu laki-laki dan satu perempuan, tidak ada lesi, masa dan kelainan pada alat reproduksi.

3.1.2.8 Pola kegiatan sehari-hari

1. Nutrisi

Sebelum sakit dan saat sakit Tn. M.B dapat menghabiskan porsi makanan yang disediakan dan frekuensi makan dan nafsu makan semuanya dapat diatur dengan baik. Berat badan Tn. M.B yang didapat 55 Kg dan tinggi badan 163 cm. LILA: 26 cm.

2. Eliminasi

BAK sebelum sakit dan saat sakit tidak mempunyai masalah. Frekuensi biasanya 5-6 x sehari, frekuensi 700-1000 cc/ hari dan warna kuning teh. BAB sebelum sakit BAB 2-3 kali sehari dan konsistensi lembek, saat sakit BAB 1-2 kali sehari dan konsistensi keras warna coklat.

3. Olah raga dan aktifitas

Sebelum sakit dan saat sakit Tn. M.B tidak pernah melakukan olah raga rutin

4. Istirahat dan tidur

Pola tidur Tn. M.B sedikit terganggu akibat nyeri di pinggang dan kaki, tetapi kebutuhan waktu tidur bisa sampai 5-6 jam. Sebelum sakit biasanya 7-8 jam istirahat.

3.1.2.9 Pola interaksi sosial

Interaksi yang dilakukan Tn. M.B semuanya berjalan dengan baik, tidak ada hambatan dan semua menjadi saudara bagi Tn. M.B tidak ada hambatan dalam berkomunikasi dan selalu terbuka.

3.1.2.10 Kegiatan keagamaan

Tn. M.B aktif dalam mengikuti kegiatan keagamaan di gereja.

3.1.2.11 Keadaan psikologis selama sakit

Tn. M.B berharap bisa cepat keluar dari RS dan bisa kembali ke rumah dan bisa menggerakkan kakinya, pola interaksi antara tenaga kesehatan dan Tn. M.B semuanya berjalan baik dan tidak ada hambatan.

3.1.2.12 Hasil pemeriksaan penunjang

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
		11/07/2019	
1.	Hb	11.1 g/dl	12.0-16.0
2.	Eritrosit	3.74	4.20-5.40
3.	Hematokrit	77.5	37.0-47.0
4.	MCV	29.7	81.0-96.0
5.	MCH	92 mmol/L	27.0-36.0
6.	MCHC	38.3	31.0-37.0
7.	Elektrolit	4.0-10.0	15.42
8.	Na darah	137	132-147
9.	K darah	2.7	3.5-4.5
10.	Thorax	Cardiomegali dan gambaran metastase	Tidak ada pembesaran jantung dan metatase,

3.1.2.13 Terapi pengobatan yang didapatkan

Terapi yang didapatkan oleh Tn. M.B yaitu: Gamapenthin 2x300 gr/PO, Neurodex 1x1 PO, Eprison salap digosok 2x1, Mecobelamin 3x500 mg/PO, Meloxicam 1x15 mg/PO, Diazepam 3x2 mg/IV, RL 500 ml/8 jam.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

3.1.3.1 Analisa Data

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan harus terlebih dahulu menentukan analisa data yang disesuaikan dengan pengkajian yang di dapatkan. Ada dua analisa data yang di dapatkan yaitu pertama: data subjektif: (pengkajian PQRST) P: gangguan saraf tulang belakang Q: nyeri yang dirasakan tertikam. R: Nyeri menyebar dari punggung ke kaki. S: skala nyeri dari 1-10 skala yang ditentukan pasien 5. T: nyeri yang dirasakan setiap saat, saat ditekan dan disentuh. Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, KU lemah, TTV: 130/60 mmHg, suhu 37⁰C, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit. Penyebab agen cedera biologis masalah yang muncul nyeri akut.

Analisa data yang kedua: data subjektif: pasien mengatakan kedua kakinya tidak dapat digerakan. Data objektif: KU lemah, aktifitas dibantu sebagian oleh keluarga, hasil kekuatan otot diadapatkan ekstremitas atas bagian dekstra dan sinistra 5 dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra 1. TTV: tensi 130/60 mmHg, suhu 37⁰C, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit, Penyebab masalah gangguan neuromuscular masalah yang muncul hambatan mobilitas fisik.

3.1.3.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil Analisa data yang dibuat sehingga masalah keperawatan yang muncul pada kasus Tn. M.B adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dibuktikan dengan, nyeri yang dirasakan tertikam, nyeri menyebar dari punggung ke kaki skala nyeri 5 dan pasien tampak merigis kesakitan. TTV: tensi 130/60 mmHg, suhu 37⁰C, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan pasien mengatakan kram dan lemah di tubuh bagian bawah kaki, klien tampak berbaring di tempat tidur. Hasil kekuatan otot diadaptasikan ekstremitas atas bagian dekstra dan sinistra 5 dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra 1.

3.1.3 Intervensi keperawatan

3.1.3.1 Prioritas masalah

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. M.B yang menjadi prioritas masalah adalah diagnosa keperawatan nyeri akut, lalu disusul oleh diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik.

3.1.3.2 Intervensi keperawatan

Pada kasus diatas penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan tahap-tahapan intervensi keperawatan yaitu: goal, objektif, NOC dan NIC.

Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan pada hepar, NOC (*Nursing Outcomes Classification*) goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x30 menit perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: tingkat nyeri (2102) yang diharapkan meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 5 (tidak ada) dengan 4 indikator yang diambil tersebut yaitu: nyeri yang dilaporkan, ekspresi wajah, frekuensi napas dan tekanan darah.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: intervensi manajemen nyeri (1400) lima aktifitas yang diambil yaitu: pertama, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (PQRST). Kedua, observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Ketiga, pastikan perawatan analgesik bagi pasien. Keempat, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi). Kelima, modifikasi lingkungan yang aman dan nyaman.

Diagnosa keperawatan kedua hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neurologi NOC (*Nursing Outcomes Classification*) goal: pasien akan mempertahankan mobilitas fisik yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: Pergerakan (0208) yang diharapkan meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). Empat Indikator yang diambil yaitu: keseimbangan, koordinasi, gerakan otot dan berjalan.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: intervensi peningkatan mekanika tubuh (0140). Enam aktifitas yang diambil yaitu: pertama, kolaborasi dengan ahli fisioterapi. Kedua, kaji pemahaman pasien mengenai mekanika tubuh

dan latihan. Ketiga, Informasikan kepada pasien tentang struktur dan fungsi tulang belakang. Keempat, edukasi kepada pasien tentang pentingnya postur tubuh untuk mencegah kelelahan. Kelima, instruksikan untuk menghindari tidur dengan posisi telungkup. Keenam, instruksikan pasien untuk mengerakan kaki terlebih dahulu.

Intervensi pengaturan posisi: neurologi (0844) tujuh aktifitas yang diambil yaitu: pertama, imobilisasi atau topang bagian tubuh yang terganggu dengan tepat. Kedua, berikan posisi yang terapeutik. Ketiga, jangan berikan tekanan pada bagian tubuh yang terganggu. Keempat, lindungi bagian tubuh yang terganggu. Kelima topang leher dengan tepat. Keenam, pertahankan kesejajaran yang tepat. Ketujuh, posisikan kepala dan leher dengan lurus.

3.1.3.3 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15 Juli 2019. Implementasi keperawatan pada Pasien Tn. M.B dilakukan pada tanggal 16-17 Juli 2019.

Pada tanggal 16 Juli 2019 Diagnosa keperawatan pertama: jam 08.00 melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (PQRST). jam 09:00 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidak nyamanan. Jam 11:00 mengobserfasi TTV. Jam 11:15 mengajarkan napas dalam, Jam 11:45 menyarankan keluarga untuk membatasi pengunjung yang datang.

Diagnosa keperawatan kedua: jam 12.30 mengajurkan pasien untuk melakukan aktifitas yang dapat dilakukan oleh pasien, jam 13:00 menopang kedua kaki pasien dengan bantal, jam 13:45 menganjurkan pasien untuk beristirahat, jam 10:45 melakukan latihan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot.

Pada tanggal 17 Juli 2019 Diagnosa keperawatan pertama: jam 08.00 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (PQRST). jam 09:05 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Jam 11:10 mengobservasi TTV. Jam 11:35 mengajarkan napas dalam, Jam 11:45 menyarankan keluarga untuk membatasi pengunjung yang datang.

Diagnosa keperawatan kedua: jam 12.30 mengajurkan pasien untuk melakukan aktifitas yang dapat dilakukan oleh pasien, jam 13:00 menopang kedua kaki pasien dengan bantal, jam 13:45 menganjurkan pasien untuk beristirahat, jam 10:45 melakukan latihan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot.

3.1.4 Evaluasi keperawatan

Evaluasi pada tanggal 16 juli 2019 jam 14:00 terkait dengan keberhasilan tindakan yang telah diberikan kepada Tn. M.B pada diagnosa keperawatan pertama nyeri akut: data subjektif: (pengkajian PQRST) P: gangguan saraf tulang belakang Q: nyeri yang dirasakan tertikam. R: Nyeri menyebar dari punggung ke kaki. S: skala nyeri dari 1-10 skala yang ditentukan pasien 5. T: nyeri yang dirasakan setiap saat, saat ditekan dan disentuh. Data objektif: pasien tampak merigis kesakitan, KU lemah, TTV: 130/80 mmHg, suhu 36.7⁰C, nadi 80x/menit,

pernapasan 20x/menit. Asesment: masalah belum teratasi. Planing: intervensi dan aktifitas yang ada dipertahankan dan dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua: hambatan mobilitas fisik: data subjektif: pasien mengatakan kedua kakinya tidak dapat digerakan. Data objektif: KU lemah, aktifitas dibantu sebagian oleh keluarga, hasil kekuatan otot diadapatkan ekstremitas atas bagian dekstra dan sinistra 5 dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra 1. TTV: 130/80 mmHg, suhu 36.7⁰C, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, Asesment: masalah belum teratasi. Planing: intervensi dan aktifitas yang ada dipertahankan dan dilanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 17 juli 2019 jam 14:00 terkait dengan keberhasilan tindakan yang telah diberikan kepada Tn. M.B pada diagnosa keperawatan pertama nyeri akut: data subjektif: (pengkajian PQRST) P: gangguan saraf tulang belakang Q: nyeri yang dirasakan tertikam. R: Nyeri menyebar dari punggung ke kaki. S: skala nyeri dari 1-10 skala yang ditentukan pasien 5. T: nyeri yang dirasakan setiap saat, saat ditekan dan disentuh. Data objektif: pasien tampak merigis kesakitan, KU lemah, TTV: 120/80 mmHg, suhu 36.2⁰C, nadi 82x/menit, pernapasan 20x/menit. Asesment: masalah belum teratasi. Planing: intervensi dan aktifitas yang ada dipertahankan dan dilanjutkan oleh perawat ruang

Diagnosa keperawatan kedua: hambatan mobilitas fisik: data subjektif: pasien mengatakan kedua kakinya tidak dapat digerakan. Data objektif: KU lemah, aktifitas dibantu sebagian oleh keluarga, hasil kekuatan otot diadapatkan ekstremitas atas bagian dekstra dan sinistra 5 dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra 1. TTV: 120/80 mmHg, suhu 36.2⁰C, nadi 82x/menit,

pernapasan 20x/menit. Asesment: masalah belum teratasi. Planing: intervensi dan aktifitas yang ada dipertahankan dan dilanjutkan oleh perawat ruang.

3.2 Pembahasan studi kasus

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan individu dilakukan fokus pada keluhan yang dialami pasien dan pemeriksaan fisik. pengkajian keluhan pasien dilakukan dengan cara wawancara sedangkan pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi (Teli, 2018). Keluhan utama pada klien dengan paraparese meliputi keluhan tiba-tiba nyeri dibagian tulang belakang dan gangguan antara dua anggota gerak tubuh bagian bawah yang mulai mengalami penurunan pergerakan (Kowala, 2015).

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis menggunakan metode *allo-anamnesa* dan *aoto-anamnesa*. Pengkajian yang didapatkan riwayat masuk RS dengan keluhan nyeri di bagian belakang dan kaki tidak dapat digerakan. Saat di kaji pasien mengatakan nyeri di bagian punggung belakang menjalar sampai ke bagian kaki dan kaki sulit untuk digerakan.

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi palpasi dan perkusi. Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. M.B didapatkan keluhan kram pada kaki dan menjalar dari punggung kesadaran CM, GCS 15, pupil isokor. Adanya kelumpuhan pada kaki kiri dan kanan, adanya ketidakstabilan kordinasi gerak, tidak ada reflexes patella dan achilles, persedian terasa kesemutan dan keram-keram. Kekuatan otot ekstremitas atas 5 ekstremitas bawah 1, ada nyeri otot dan refleksi sendi tidak dapat digerakan.

Pengkajian dilakukan oleh penulis menggunakan metode wawancara *allo-anamnesa* dan *auto-anamnesa* ini dikarenakan data-data didapatkan bukan hanya dari Tn. M.B tetapi data yang didapatkan juga berasal dari istri Tn. M.B. Dari hasil wawancara saat di kaji pasien mengatakan nyeri dibagian punggung belakang menjalar sampai ke bagian kaki dan kaki sulit untuk digerakan. Keluhan ini sesuai dengan tanda dan gejala dari penyakit paraparese pada teori. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi ternyata data yang didapatkan sangat mendukung adanya keluhan yang disampaikan oleh Tn. M.B. Pemeriksaan fisik juga dilakukan untuk bisa mendukung adanya kebenaran atas keluhan yang disampaikan. Sehingga disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari pengkajian.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang individu, keluarga atau masyarakat akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan individu difokuskan terhadap masalah pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Perumusannya menggunakan diagnosis keperawatan berdasarkan NANDA dan ICPN disesuaikan dengan data/karakteristik lain. (NANDA, 2015). Menurut Nurarif (2015) dalam buku *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NOC dan NIC*. Ada 6 diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan paraparese yaitu: Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan

kerusakan neuron fungsi motorik dan sensori. Resiko terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan imobilitas, penurunan sensori. Retensi urine berhubungan dengan ketidakmampuan untuk berkemih secara spontan, terputusnya saraf spinothalamikus. Konstipasi berhubungan dengan adanya atoni usus sebagai akibat gangguan autonomik, terputusnya saraf spinothalamikus. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dan defisit pengetahuan berhubungan dengan penyakit dan pengobatan.

Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada kasus Tn. M.B ada dua diagnosa keperawatan yang didapatkan yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dibuktikan dengan, nyeri yang dirasakan tertikam, nyeri menyebar dari punggung ke kaki skala nyeri 5 dan pasien tampak merigis kesakitan. TTV: tensi 130/60 mmHg, suhu 37⁰C, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit.

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan pasien mengatakan kram dan lemah di tubuh bagian bawah kaki, klien tampak berbaring di tempat tidur. Hasil kekuatan otot didapatkan ekstremitas atas bagian dekstra dan sinistra 5 dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra 1.

Pada kasus Tn. M.B didapatkan dua diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, dan hambatan mobilitas fisik sedangkan pada teori ada enam diagnosa keperawatan. Empat diagnosa keperawatan tidak diangkat oleh penulis pada kasus Tn. M.B yaitu, resiko terhadap kerusakan integritas kulit, retensi urine, konstipasi, dan defisit pengetahuan ini dikarenakan tidak memiliki data

pendukung atau batas karakteristik yang sesuai dengan data dari Tn. M.B. Penyusunan analisa data dan diagnosa keperawatan harus disesuaikan dengan teori yang ada pada (NANDA, 2015). Sehingga dalam penegakan diagnosa keperawatan harus berdasarkan dengan batas karakteristik dan data pendukung dari diagnosa keperawatan tersebut. Sehingga disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari diagnosa keperawatan.

3.2.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahapan penyusunan strategi intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien. Perencanaan diawali dengan menyusun kriteria hasil atau NOC dan dilanjutkan dengan menyusun rencana tindakan atau NIC (Teli, 2018).

Penyusunan intervensi keperawatan menggunakan NOC dan NIC. Diagnosa keperawatan nyeri akut dengan NOC yang diambil tingkat nyeri dengan NIC yang diambil mengenai manajemen nyeri. Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan NOC yang diambil status nutrisi: asupan makan dan cairan dengan NIC yang diambil manajemen nutrisi. Diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas dengan NOC toleransi terhadap aktifitas dengan NIC yang diambil manajemen energi.

Intervensi keperawatan yang dibuat sudah sesuai dengan dengan teori yang ada dalam buku (Teli, 2018). Karena pada kasus nyata penyusunan intervensi keperawatan menggunakan NOC dan NIC. Pada diagnosa nyeri akut mempunyai dua outcome tetapi penulis hanya mengambil satu outcome saja yaitu tingkat nyeri

ini dikarenakan pada outcomes tingkat nyeri memiliki indicator dan kriterial hasil yang sangat sesuai dengan masalah yang ada. Sedangkan NIC pada teori ada empat intervensi, tetapi penulis hanya mengambil satu intervensi saja yaitu manajemen nyeri ini dikarenakan intervensi ini memiliki aktifitas yang dapat mewujudkan keberhasilan untuk mencapai kriterial hasil yang di harapkan pada outcome.

Pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik mempunyai tiga outcome tetapi penulis hanya mengambil satu outcome saja yaitu pergerakan, ini dikarenakan pada outcome pergerakan memiliki indicator dan kriterial hasil yang sangat sesuai dengan masalah yang ada. Sedangkan NIC pada teori ada tiga intervensi, tetapi penulis hanya mengambil dua intervensi saja yaitu peningkatan mekanikan tubuh dan pengaturan posisi: neurologi ini dikarenakan intervensi ini memiliki aktifitas yang dapat mewujudkan keberhasilan untuk mencapai kriterial hasil yang diharapkan pada outcome. Sehingga disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari intervensi keperawatan.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan melakukan rencana tindakan sesuai kondisi pasien. Implementasi sepenuhnya mengacu pada rencana tindakan yang disusun. Tindakan keperawatan berupa perawatan langsung maupun tindakan kolaboratif lainnya, penyuluhan kesehatan dan juga rujukan jika pasien membutuhkan perawatan lanjutan (Teli, 2018).

Pada tanggal 16 Juli 2019 Diagnosa keperawatan pertama: jam 08.00 melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (PQRST). jam 09:00 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidak nyamanan. Jam 11:00 mengobserfasi TTV. Jam 11:15 mengajarkan napas dalam, Jam 11:45 menyarankan keluarga untuk membatasi pengunjung yang datang.

Diagnosa keperawatan kedua: jam 12.30 mengajurkan pasien untuk melakukan aktifitas yang dapat dilakukan oleh pasien, jam 13:00 menopang kedua kaki pasien denganatal, jam 13:45 menganjurkan pasien untuk beristirahat, jam 10:45 melakukan latihan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot.

Pada tanggal 17 Juli 2019 Diagnosa keperawatan pertama: jam 08.00 melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (PQRST). jam 09:05 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Jam 11:10 mengobserfasi TTV. Jam 11:35 mengajarkan nafas dalam, Jam 11:45 menyarankan keluarga untuk membatasi pengunjung yang datang.

Diagnosa keperawatan kedua: jam 12.30 mengajurkan pasien untuk melakukan aktifitas yang dapat dilakukan oleh pasien, jam 13:00 menopang kedua kaki pasien denganatal, jam 13:45 menganjurkan pasien untuk beristirahat, jam 10:45 melakukan latihan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot.

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan yang dibuat ini dikarenakan intervensi tersebut diharapkan dapat dilakukan dengan baik sehingga dapat mencapai outcome yang diharapkan sehingga masalah keperawatan dapat teratasi. Maka dapat disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa

tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari implementasi keperawatan.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriterial yang ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Teli, 2018).

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 16 juli 2019 jam 14.00 WITA. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis masalah belum teratasi. Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler masalah belum teratasi.

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 17 juli 2019 jam 14.00 WITA. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis masalah belum teratasi. Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler masalah belum teratasi.

Evaluasi keperawatan didapatkan diagnosa keperawatan belum teratasi dikarenakan proses penyakit yang harus didukung dengan kolaborasi dari dokter untuk penggunaan obat secara farmakologi untuk bisa mendapat hasil yang lebih akurat dan dalam proses pengobatan pada system saraf harus membutuhkan waktu pengobatan dan latihan yang cukup lama. Ini dikarenakan penyakit paraparese yang di alami Tn. M.B sudah cukup berat sehingga dalam mengimplementasikan intervensi keperawatan penulis lebih berfokus pada KIE dan tindakan mandiri mengenai penggunaan obat secara rutin sesuai instruksi dokter dan anjurkan pada Tn. M.B untuk tetap melakukan apa yang sudah diajarkan dan dianjurkan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu :

1. Faktor orang atau manusia

Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien membuat penulis tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah – masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lain.

2. Faktor waktu

Waktu yang hanya ditentukan 3 hari membuat peneliti tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dari pasien sehingga tidak dapat memberikan evaluasi yang maksimal kepada pasien dan keluarga.

BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

1. Pengkajian keperawatan pada Tn. M.B dengan paraparese di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2019 adalah keluhan utama pasien mengatakan nyeri dibagian punggung belakang menjalar sampai ke bagian kaki dan kaki sulit untuk digerakan. Keadaan umum saat ini pasien mengalami sakit berat, tingkat kesadaran pasien secara kualitatif adalah compos mentis dengan GCS E4, V5, M6, tanda vital didapatkan tensi 130/60 mmHg, suhu 37⁰C, nadi 70x/menit , pernapasan 20x/menit, pasien terpasang infus RL500 cc/ 8 jam dengan no aboket 20 pada bagian metacarpal dekstra.

2. Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Tn. M.B ada 2 (dua) diagnosa keperawatan yang didapatkan yaitu: 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dibuktikan dengan, nyeri yang dirasakan tertikam, nyeri menyebar dari punggung ke kaki skala nyeri 5 dan pasien tampak merigis kesakitan. TTV: tensi 130/60 mmHg, suhu 37⁰C, nadi 70x/menit, pernapasan 20x/menit. 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan pasien mengatakan kram dan lemah di tubuh bagian bawah kaki, klien tampak berbaring di tempat tidur. Hasil kekuatan otot didapatkan ekstremitas atas bagian dekstra dan sinistra 5 dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra 1.
3. Dalam perencanaan difokuskan pada manajemen nyeri peningkatan mekanikan tubuh dan pengaturan posisi: neurologi.
4. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah disusun.
5. Evaluasi keperawatan dari 2 diagnosa keperawatan sejak 3 hari perawatan.
 - 1) Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan pada hepar: masalah belum teratasi
 - 2) Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler : masalah belum teratasi

4.2 Saran

1. Untuk masyarakat/ keluarga

Bagi orang tua agar bisa menjaga kesehatan dengan cara olah raga teratur dan makan makanan yang bergizi sehingga mampu mencegah terjadinya penyakit paraparese dan masalah kesehatan lainnya.

2. Untuk pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Diharapkan dapat melengkapi perpustakaan dengan buku – buku keperawatan medikal bedah khususnya system neurologi dengan penyakit paraparese

3. Bagi penulis

Diharapkan menguasai konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan diri dengan keadaan di lapangan sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang Asuhan Keperawatan medical bedah dengan paraparese.

DAFTAR PUSTAKA

- Bruner and Suddarth (2010). Keperawatan Medikal Bedah, EGC Jakarta; Elseiver, Toronto Company, USA*
- Bromley, 2006, Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi 4. Buku II. Jakarta: EGC.*
- Hasil Riskesdas 2018 Kemeterian Kesehatan Republik Indonesia.*
- Hutahaen,(2010). Konsep dan Dokumentasi dan proses keperawatan. Buku kesehatan,Jakarta.*
- Jurnal kesehatan masyarakat Furlan dan Fehlings. 2009. Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit menular dan penyakit tidak menular. Pdf*
- Kowalak, 2016. Buku Ajar Patofisiologi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.*
- NANDA (2015) Diagnosa Keperawatan defenisi dan klasifikasi 2018-2020 Edisi 10 Jakarta : EGC*
- Nurarif, Amin H., Kusuma H. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Jilid 3. Jogjakarta : Mediacion.*
- Smeltzer, Suzanne C. 2015. Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Burnner and Suddarth. Ed. 8. Vol.3. Jakarta: EGC.*
- Teli Margaretha. 2018. Pedoman Asuhan Keperawatan Individu, keluarga dan Komunitas. Kupang: Lima Bintang.*

ampiran 7



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Syarifudin Zuhri
NIM : Po. 5303201181238

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. M.B
Ruang/Kamar : Komodo
Diagnosa Medis : Paraparese
No. Medical Record : 410180
Tanggal Pengkajian : 14 Juli 2019 Jam : 08.00
08.00Masuk Rumah Sakit : 11 Juli 2019 Jam : 23.00

Identitas Pasien

Nama Pasien	: Tn. M.B	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir	: 68 Thn	Status Perkawinan	: Kawin
Agama	: Kristen protestan	Suku Bangsa	: Timor
Pendidikan Terakhir	: D3	Pekerjaan	: Guru
Alamat	: Baun		

Identitas Penanggung

Nama	: Ny. Y.B	Pekerjaan	: IRT
Jenis Kelamin	: Perempuan	Hubungan dengan klien	: Istri
Alamat	: Baun		

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama
 - Kapan : nyeri pinggung yang menjalar ke kaki
 - Lokasi : sejak 1 minggu yang lalu
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : Sakit pada tulang punggung dan kaki bengkok
 - Sifat keluhan : Hilang timbul
 - Lokasi : Punggung dan kaki
 - Keluhan lain yang menyertai : Badan lemas, batuk
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Pasien pernah jatuh dari motor 1 tahun yang lalu
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) nyeri bertambah saat aktifitas berat
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan hanya beristirahat di tempat tidur.
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - **Ya** , Sebutkan : Patah tulang di pergelangan tangan kiri
Cara Mengatasi : pergi ke tukang urut kampung
 - Tidak
 - Riwayat Alergi
 - Ya
 - **Tidak**
 - Riwayat Operasi
 - Ya
 - **Tidak**
4. Kebiasaan
 - Merokok
 - **Ya** ,Jumlah: 5 batang dalam sehari
 - Tidak
 - Minum alkohol
 - **Ya** , Jumlah: sesekali
 - Tidak
 - Minum kopi :
 - **Ya** , Jumlah: 1 gelas sedang 250 cc dalam sehari
 - Tidak
 - Minum obat-obatan
 - Ya
 - **Tidak**

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 130/60 mmhg
- Nadi : 70 x/m
- Pernapasan : 20x/m
- Suhu badan : 37 C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : Tidak Pusing : tidak
☐ Ya ☐ **Tidak**
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
☐ **Normal** ☐ Abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ☐ Ada, Jelaskan : ☐ **Tidak Ada**
 - Masa : ☐ Ada, Jelaskan : ☐ **Tidak Ada**
 - Observasi Wajah : ☐ **Simetris** ☐ Asimetri, Jelaskan
- Penglihatan : Baik
- Konjungtiva : Merah muda
- Sklera: putih
- Pakai kaca mata : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
- Penglihatan kabur : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
- Nyeri : -
- Peradangan : -
- Operasi :
 - Jenis : -
 - Waktu : -
 - Tempat : -
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Nyeri : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Peradangan : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Riwayat Polip : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Sinusitis : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Epistaksis : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : utuh
 - Caries : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Memakai gigi palsu : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Gangguan bicara : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Gangguan menelan : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
 - Pembesaran kelenjar leher : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
- Inspeksi :
Kesadaran/ GCS : E4 M6 V5
- Bentuk dada : ☐ Abnormal , Jelaskan : ☐ **Normal**
- Bibir : ☐ Sianosis ☐ **Normal**
- Kuku : ☐ Sianosis ☐ **Normal**
- Capillary refill : ☐ Abnormal ☐ **Normal**
- Tangan : ☐ Edema ☐ **Normal**
- Kaki : ☐ Edema ☐ **Normal**
- Sendi : ☐ Edema ☐ **Normal**
- Ictus cordis/apical pulse : ☐ **Teraba** ☐ Tidak teraba
- Vena jugularis : ☐ **Teraba** ☐ Tidak Teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : tidak
- Auskultasi : BJ I : ☐ Abnormal ☐ **Normal**
BJ II : ☐ Abnormal ☐ **Normal**
- Murmur : Tidak

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Tidak ada
- Inspeksi :
Jejas : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ **Tidak**
- Bentuk Dada : ☐ Abnormal, Jelaskan : ☐ **Normal**
- Jenis Pernapasan : ☐ Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) ☐ **Tidak**
- Irama Napas : ☐ **Teratur** ☐ Tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan : ☐ Ya ☐ **Tidak**
- Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐ Ya, Jelaskan ☐ **Tidak**
- Perkusi
Cairan : ☐ Ya ☐ **Tidak**
- Udara : ☐ Ya ☐ Tidak
- Massa : ☐ Ya ☐ **Tidak**
- Auskultasi :
Inspirasi : ☐ **Normal** ☐ Abnormal
- Ekspirasi : ☐ **Normal** ☐ Abnormal
 - Ronchi : ☐ Ya ☐ **Tidak**
 - Wheezing : ☐ Ya ☐ **Tidak**
 - Krepitasi: ☐ Ya ☐ **Tidak**
 - Rales : ☐ Ya ☐ **Tidak**
- Clubbing Finger : ☐ **Normal** ☐ Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Inspeksi :
- Turgor kulit : ☐ Abnormal, Jelaskan : ☐ **Normal**
- Keadaan bibir : ☐ **lembab** ☐ kering

- Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : merah muda
Luka/ perdarahan : ☐ Ya, Jelaskan ☐ **Tidak**
Tanda-tanda radang : ☐ Ya, Jelaskan ☐ **Tidak**
Keadaan gusi : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**
- Keadaan abdomen
Warna kulit : sawo matang
Luka : ☐ Ya, Jelaskan ☐ **Tidak**
Pembesaran : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**
- Keadaan rektal
Luka : ☐ Ya, Jelaskan ☐ **Tidak**
Perdarahan : ☐ Ya, Jelaskan ☐ **Tidak**
Hemmoroid : ☐ Ya, Jelaskan ☐ **Tidak**
Lecet/ tumor/ bengkak : ☐ Ya, Jelaskan..... ☐ **Tidak**

- c. Auskultasi :
Bising usus/Peristaltik : 20x/menit
- d. Perkusi : Cairan : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**
Udara : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**
Massa : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**
- e. Palpasi :
Tonus otot: ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**
Nyeri : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**
Massa : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**

- 6. Sistem Persyarafan
 - a. Keluhan : kram pada pinggang dan menjalar ke kaki
 - b. Tingkat kesadaran: CM GCS (E/M/V): E4M6V5
 - c. Pupil : ☐ **Isokor** ☐ Anisokor
 - d. Kejang : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ **Normal**
 - e. Jenis kelumpuhan : ☐ **Ya**, kedua kaki tidak dapat digerakkan ☐ **Tidak**
 - f. Parasthesia : ☐ Ya, Jelaskan ☐ **Tidak**
 - g. Koordinasi gerak : ☐ **Abnormal**, penurunan kekuatan otot pada kedua kaki
☐ **Normal**
 - h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, Jelaskan
☐ **Normal**
 - i. Reflexes : ☐ Abnormal, Jelaskan
☐ **Normal**

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : kedua kaki tidak dapat digerakkan
- b. Kelainan Ekstremitas : ☐ Ada, jelaskan..... ☐ Tidak ada
- c. Nyeri otot : ☐ Ada
☐ Tidak ada
- d. Nyeri Sendi : ☐ Ada
☐ Tidak ada
- e. Refleksi sendi : ☐ Abnormal, tidak ada reflex ☐ Normal
- f. kekuatan otot : ☐ Atropi ☐ hiperthropi ☐ Normal

5	5
1	1

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ☐ Ada, Jelaskan..... ☐ Tidak ada
- b. Lesi : ☐ Ada, Jelaskan..... ☐ Tidak ada
- c. Turgor : Elastis Warna : Sawo matang
- d. Kelembaban : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ Normal
- e. Petechie: ☐ Ada, Jelaskan..... ☐ Tidak ada
- f. Lain lain: Tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : ☐ Kencing menetes ☐ Inkontinensia ☐ Retensi
☐ Gross hematuri ☐ Disuria ☐ Poliuri
☐ Oliguri ☐ Anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) Ya ☐ Tidak ☐
- c. Kandung kencing : membesar Ya ☐ Tidak ☐
Nyeri tekan ☐ Ya ☐ Tidak
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : ☐ Oral : 1000 cc/hr ☐ Parenteral : 1500/24 jam
- f. Bentuk alat kelamin : Normal ☐ Tidak normal, sebutkan.....
- g. Uretra : ☐ Normal ☐ hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ☐ Ada, Jelaskan..... ☐ Tidak ada
- c. Lain – lain : -

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi :
• Keadaan payudara : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ Normal
• Riwayat Persalinan:.....
• Abortus:.....

- Pengeluaran pervagina: ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ Normal
- Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ☐ Ada ☐ Tidak ada
- d. Lain-lain: -

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : Baik
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : Tidak ada
- Makanan yang disukai : Ayam bakar
- Banyaknya minuman dalam sehari : 1000 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 55 kg TB : 163 cm
- Kenaikan/Penurunan tidak ada

2. Perubahan selama sakit : tidak ada

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

- a. Kebiasaan
 - Frekuensi dalam sehari : 3x Warna : kuning
 - Bau : ammonia Jumlah/ hari : 800 cc
- b. Perubahan selama sakit : tidak ada

2. Buang air besar (BAB)

- a. Kebiasaan : baik dalam sehari : 2x
 - Warna : kuning Bau : busuk
 - Konsistensi : lembek
- b. Perubahan selama sakit : tidak ada

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : sepak bola dan tinju
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00
 - Bangun jam : 05.00
- Tidur siang jam : 13.00
 - Bangun jam : 16.00
- Apakah mudah terbangun : tidak
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : suasana tenang dan musik

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri dan anak
2. Organisasi sosial yang diikuti : GMIT
3. Keadaan rumah dan lingkungan : nyaman
Status rumah : sendiri
Cukup / tidak : cukup
Bising / tidak: tidak
Banjir / tidak : tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/
terdekat : berbicara bersama istri
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : musyawarah keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : harmonis

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : pasien taat beribadat
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : GMIT

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : ingin cepat sembuh
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : percaya bahwa itu sakit bukan karena guna-guna
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

- a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
		11/07/2019	
1.	Hb	11.1 g/dl	12.0-16.0
2.	Eritrosit	3.74	4.20-5.40
3.	Hematokrit	77.5	37.0-47.0
4.	MCV	29.7	81.0-96.0
5.	MCH	92 mmol/L	27.0-36.0
6.	MCHC	38.3	31.0-37.0
7.	Elektrolit	4.0-10.0	15.42
8.	Na darah	137	132-147
9.	K darah	2.7	3.5-4.5

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

c. Pemeriksaan urine:

[illegible]

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto thorax : Cardiomegali dan gambaran metastase
 - b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

.....
.....
.....
c. Cholescystogram :

.....
.....
.....
d. Foto colon :

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

.....
.....
.....
Biopsy :

.....
.....
.....
Colonoscopy :

.....
.....
.....
DII :

Penatalaksanaan/pengobatan

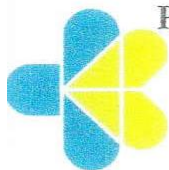
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan

- Obat

Terapi yang didapatkan oleh Tn. M.B yaitu: Gamapenthin 2x300 gr/PO, Neurodex 1x1 PO, Eprison salap digosok 2x1, Mecobelamin 3x500 mg/PO, Meloxicam 1x15 mg/PO, Diasepam 3x2 mg/IV, RL 500 ml/8 jam.

- Lain-lain



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KUPANG



Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : SYARIFUDIN ZUHRI
NIM : PO. 5303201181238
NAMA PEMBIMBING : TRIFONIA S. NURWELA, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NO	TGL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1.	Senin, 15 Juli 2019	Bimbingan persiapan UAP	
2.	Selasa, 16 Juli 2019	Ujian UAP oleh CI ruangan	
3.	Rabu, 17 Juli 2019	Bimbingan dan Konsultasi KTI Bab 1 dan 2	
4.	Kamis, 18 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 dan 2	
5.	Jum'at, 19 Juli 2019	Bimbingan dan Konsultasi KTI Bab 1 s/d 4	
6.	Senin, 22 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 s/d 4	

7.	Selasa, 23 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 s/d 4	
8.	Rabu, 24 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 s/d 4	
9.	Kamis, 25 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 s/d 4	
10	Jum'at, 26 Juli 2019	Ujian dan Sidang KTI	
11	Senin, 29 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi KTI Bab 1 s/d 4 - Tanda tangan Pembimbing dan Penguji 	
12	Selasa 30 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi KTI Bab 1 s/d 4 - Tanda tangan Pembimbing dan Penguji 	
13	Rabu 31 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"> - ACC KTI - Penjilidan Sampul Istimewa 	



